

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

160

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Février 1906, à 1 heure

PAR

Paul MARTIN

Ancien Externe des hôpitaux et de la Maternité Boucicaut

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANUS VULVAIRES

Président : M. LE DENTU, professeur

Juges { MM. BERGER, professeur
FAURE, agrégé
MORESTIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIASDUVAL
Opérations et appareils.....		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHIER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.

Agrévés en exeroice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGREY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMEIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Hommage de ma profonde affection pour eux, de ma reconnaissance et de mon dévouement.

A MA FEMME ET A MA BELLE-MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A LA MÉMOIRE
DES ÊTRES CHERS QUE J'AI PERDUS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES

ET EN PARTICULIER

A MESSIEURS PICQUÉ ET DOLERIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCA

Chirurgien des Hôpitaux

ET

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHET

Assistant de Chirurgie

Ancien chef de Clinique chirurgicale de
la Faculté de Médecine.

qui dans leur service des Enfants-Malades nous
ont si obligeamment facilité les recherches utiles à
notre thèse.

Au moment de quitter pour entrer dans la profession médicale les hôpitaux de Paris où nous avons passé au moins six années, nous tenons à remercier ceux qui, dans les différents services que nous avons fréquentés, furent nos maîtres distingués et bienveillants.

Il nous est agréable à cette occasion de nous rappeler ces quelques années et de nous souvenir pour ainsi dire de nos différentes étapes.

Avant de commencer nos études, et à titre bénévole, nous avons fréquenté à l'ancien hôpital Trousseau le service de chirurgie d'enfants de *M. le Dr Broca*. *M. le Dr Mouchet*, aujourd'hui assistant de chirurgie, y terminait brillamment sa quatrième année d'internat. Nous les remercions l'un et l'autre des notions pratiques qu'ils nous ont données et de la façon agréable et scientifique dont il nous ont fait entrevoir le travail à l'hôpital. Nous les remercions d'autant plus qu'étant retourné avec plaisir dans le service des Enfants-Malades, il nous ont offert, avec la même bienveillance que nous avons trouvée auprès d'eux il y a huit ans, de clôturer les études qu'ils nous avaient vu commencer. Ils nous guidèrent volontiers dans le choix de notre thèse.

La Faculté nous demandant de faire un stage chirurgical, nous avons choisi, à Cochin, le service de

M. le Dr Quénu, dont nous avons gardé le meilleur souvenir.

Nous mîmes ensuite en pratique les notions acquises dans ce service en remplaçant un externe qui quittait, à la consultation de chirurgie de l'hôpital Lariboisière, le service instructif de *M. le Dr Beurnier*.

Notre stage médical s'accomplit dans le service de *M. le professeur Landouzy*. Avec l'amabilité et la science que tout le monde lui connaît, il nous donna les notions cliniques nécessaires et nous instruisit dans la spécialité si délicate des affections de la poitrine.

Nous fûmes ensuite à la Consultation de médecine de Beaujeon, remplaçant de nouveau un externe, dans le service si justement confié à *M. le Dr Brühl*.

A ce moment, nous fûmes nommé externe des hôpitaux et c'est à Bichat, dans le service de chirurgie de *M. le Dr Picqué* que s'accomplit notre première année (1903-1904). Nous avons trouvé auprès de ce maître bienveillant et dévoué une instruction remarquable que nous n'oublierons jamais. Qu'il reçoive maintenant nos plus sincères remerciements. Qu'il soit assuré que, dans la vie médicale qui s'ouvre devant nous, nous nous souviendrons toujours de l'amitié qu'il nous a témoignée et des notions de droiture, de loyauté et de dévouement dont nous l'avons toujours vu donner l'exemple. Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance,

L'année suivante fut passée à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, auprès de *M. le Dr Doleris*, membre de l'Académie de médecine. Nous avons profité une année entière de la clarté et de la précision de son enseignement gynécologique. Nous le remercions chaleureusement.

Ouvrant une parenthèse extra-médicale nous lui exprimons en même temps qu'à *M. le Dr Picqué* notre reconnaissance pour l'honneur que nos deux excellents maîtres nous ont fait d'être auprès de nous en juillet 1904, non plus dans le service journalier de l'hôpital, mais à l'occasion d'un événement intime, de notre mariage.

Je remercie également *M. le Dr Rudaux*, accoucheur des hôpitaux, qui, avec *M. le Dr Doleris* dont il est l'assistant distingué, nous a pendant une année entière enseigné avec science les difficultés de l'obstétrique.

Enfin, pendant notre troisième année d'externat, nous étudiâmes de nouveau la médecine à l'Hôtel-Dieu dans le service de *M. le professeur Dieulafoy*. Nous le remercions de son enseignement dont nous ne pouvons que regretter la durée un peu limitée, ayant tenu à nous initier d'une façon plus précise à la médecine de l'enfant dans le service si instructif de *M. le Dr Comby*.

Nous adressons nos remerciements spéciaux à *M. le Professeur le Dentu* pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANUS VULVAIRES

GÉNÉRALITÉS

Il y a dans les malformations de l'anus et du rectum une très grande variété. D'après l'avis de Guer-sant on peut dire que sur trente cas qui se présentent au chirurgien, il n'y en a pas deux qui soient identiques.

Ces malformations ont cependant pu être classées et Trélat a donné la classification suivante qui repose sur l'anatomie :

- 1° *Les rétrécissements,*
- 2° *Les imperforations,*
- 3° *Les absences,*
- 4° *Les abouchements anormaux.*

Au point de vue clinique, nous pouvons résumer ces quatre groupes et distinguer :

1° Le cas, où les matières intestinales ne pouvant être expulsées, il y a obstacle et nécessité immédiate d'intervenir ;

2° Le cas où les matières peuvent s'écouler au dehors par une voie anormale, suffisante ou non.

La distinction se trouve facilitée : nous avons, dans ce second cas une infirmité grave, mais ce n'est qu'une infirmité. Ce n'est pas un danger immédiat pour l'existence et on peut choisir le moment de l'intervention. Nous verrons néanmoins dans la suite que du second cas on peut tomber dans le premier et que l'intervention d'urgence peut également s'imposer dans des cas du second groupe.

Ce sont les abouchements anormaux qui nous intéressent dans le cas présent. Ils se font :

Dans la zone périnéale,

Dans la zone viscérale,

Dans la zone abdominale.

Dans la zone périnéale, ils peuvent occuper divers sièges et nous les avons vus chez des petites filles venir s'ouvrir à la vulve, au-dessous de l'hymen, au voisinage de la fourchette. C'est ce qu'attesteront dans la suite nos observations.

Ces anus anormaux qui sont toujours, *embryologiquement parlant*, des abouchements anormaux du rectum ont en effet une tendance bien spéciale à venir se placer dans le périnée antérieur. « A notre connaissance, dit Marius Durand (*Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} décembre 1894) il n'existe pas d'observation d'anús anormal situé au voisinage du coccyx ou du sacrum. Quel que soit aussi le lieu où se produise l'abouchement, il est rare que le rectum s'ouvre à plein canal dans le faux anus. La plupart du temps,

il existe plus ou moins haut au-dessus du périnée un cul-de-sac rectal, d'où part un trajet rétréci servant d'intermédiaire avec le rectum. »

La connaissance de cette disposition est importante. En effet, suivant le calibre de ce canal intermédiaire, on pourra en profiter dans l'intervention ou le sacrifier s'il est trop étroit.

Remarquons, avant d'entrer dans l'étude même de notre sujet, que ces ouvertures vulvaires ou vaginales peuvent parfaitement être compatibles avec l'existence. Il est facile de comprendre par le début même de nos remarques que les symptômes d'une telle infirmité seront directement proportionnels à l'étroitesse de l'orifice en question. Tout, en effet, se passe généralement bien tant que l'enfant est nourri exclusivement au lait : ses selles sont molles. Dans la suite, elles prennent de la consistance. L'évacuation devient plus difficile et surviennent alors des coliques plus ou moins pénibles, des symptômes d'occlusion.

Si cependant l'orifice est suffisant, la santé peut être parfaite et la vie longue. Témoin : cette femme de Padoue que Mercuriali avait observée ; Morgagni rapporte qu'elle vécut jusqu'à cent ans. Switzer et Ricord ont aussi rapporté l'histoire de deux prostituées que cette infirmité n'empêchait pas d'avoir des succès : ils précisent même (en latin heureusement) certains faits par trop intimes, que nous croyons inutile de rapporter. Enfin le cas le plus étrange est certainement celui de cette femme de quarante-huit ans,

dont Le Fort a raconté l'histoire. Son mari, le médecin qui l'avait accouchée trois fois et elle-même ignoraient l'existence de cette malformation. Gibert s'en aperçut le premier en voulant pratiquer le toucher rectal.

FRÉQUENCE, ETIOLOGIE, EMBRYOLOGIE

Nous avons dit que les atrésies ano-rectales étaient en somme assez fréquentes. Mais quand il s'agit au milieu des autres de l'abouchement spécial du rectum à la vulve, la proportion est de beaucoup moins élevée. C'est Puech qui, dans sa thèse (1), en a réuni le plus grand nombre de cas en cherchant un peu dans tous les pays :

Sur 238.420 naissances on peut citer d'après lui 38 cas d'atrésie, ce qui reviendrait à 1 cas sur 6.274 enfants.

Dans ce nombre il n'y aurait que 3 cas d'anús vulvaire, soit 1 cas pour 79.474 naissances.

Quelle que soit leur proportion, l'étiologie de ces anomalies est assez embarrassante à trouver.

Certains facteurs semblent pouvoir être incriminés non sans raison. Ce sont : l'hérédité, la dégénérescence ancestrale, la consanguinité, l'alcoolisme, la syphilis. Une de nos observations fournit un exemple d'un anus vulvaire chez un hérédo-syphilitique. Les

1. *Puech*. Thèse de Montpellier, 1890-1891.

exemples qui démontrent l'influence de l'hérédité dans les malformations sont assez nombreux (1). Certains même sont de notion vulgaire. Nous n'insistons pas sur eux.

On doit aussi faire intervenir la disproportion d'âge entre les deux conjoints, la primiparité tardive. Une statistique de Devay nous dit que sur 121 unions consanguines, 31 ont donné lieu à des anomalies. Nous mentionnerons aussi l'influence fâcheuse des grossesses répétées, se succédant à des intervalles trop rapprochés et signalerons enfin le rôle de l'imagination chez les femmes enceintes. Ce rôle est loin d'être insignifiant : il se trouve au contraire bien confirmé par quelques faits où les impressions maternelles ont nettement joué un rôle pathologique.

L'explication embryologique de ces malformations est des plus difficiles. On peut bien invoquer des troubles survenus dans la coalescence des bourgeons génitaux, mais il est à remarquer qu'à aucun moment l'intestin ne communique avec les canaux de Müller. Pour certains auteurs, il n'y aurait même pas d'explication embryologique et il ne saurait être question que de troubles profonds dans l'évolution de ces régions, troubles dont on ne pourrait connaître ni les causes, ni le mécanisme.

1. Périer. « Sur l'hérédité des anomalies ». *Bulletin de la Société d'anthropologie*, 1861, p. 19.

Puech reconnaît que ces notions embryologiques sont particulièrement obscures. Il en donne cependant une longue explication qu'il nous paraît intéressant de résumer.

De bonne heure dans la vie embryonnaire, la partie inférieure du pédicule de l'allantoïde et l'extrémité inférieure de l'intestin s'ouvrent dans un cul-de-sac commun : le cloaque. A la partie supérieure de ce cloaque, proémine l'éperon périnéal, saillie mésodermique interposée entre ces deux orifices.

A l'opposé de ce repli mésodermique, on rencontre l'intestin post-anal, une partie du tractus intestinal située en arrière du point où se formera l'anus.

Des replis latéraux s'avancent à la rencontre l'un de l'autre et se soudent sur la ligne médiane, de haut en bas, formant ainsi une membrane qui divise ce cloaque en deux conduits : en avant le sinus urogénital, en arrière le conduit rectal.

Si pour une cause ou pour une autre, la soudure des replis génitaux s'effectue avant que n'ait lieu l'arrivée du bord inférieur de la cloison urétro-rectale, si de plus, la soudure médiane s'effectue très en arrière ; ne laissant pas d'espace suffisant entre les replis pré et post-anal pour l'anus, ce dernier se trouvera oblitéré, bien que sa dépression puisse exister et qu'il y eût même un sphincter.

La cloison cloacale continue sa descente. Elle rencontre un périnée formé, mais sans ouverture anale. Son bord inférieur, qui doit être le bord antérieur de l'orifice anal, ne peut alors s'unir au repli pré-

anal et c'est à la partie postérieure du sillon cloacal qu'il viendra. C'est là que plus tard viendront déboucher les canaux de Muller et ainsi se trouvera constitué l'anüs anormal.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'anus vulvaire ne présente généralement pas de difficultés.

L'examen de la région ano-génitale permet de porter un diagnostic précis. Il est bon, mais on le fait trop peu souvent, de procéder, dès que l'enfant vient de naître, à l'examen de tous ses orifices naturels. Nous avons en effet remarqué — et nous signalons sans fausse honte ce fait — que dans les observations rapportées plus loin le diagnostic n'a jamais été fait par le médecin, du moins au moment de la naissance. Il a été porté dans la suite, soit à cause de troubles divers, soit à cause de l'inanité des efforts de la sage-femme pour administrer un lavement.

En fait, à moins d'examen minutieux, mais utile, ce vice de conformation peut passer méconnu, mais à bref délai peuvent apparaître des phénomènes d'obstruction intestinale et l'exploration de la région anale est alors indispensable au diagnostic.

Si la femme est avancée en âge, la vue, le toucher, l'introduction dans le vagin du doigt, d'une sonde, d'un spéculum permettent facilement de se rendre compte de tous les détails. Tout au plus faut-il être

mis en garde contre une certaine particularité : il peut exister une dépression naturelle, arrondie, de couleur brunâtre, qui, à un examen superficiel pourrait laisser croire à la présence d'un anus en communication avec le rectum. De là la nécessité d'une exploration digitale, minutieuse, permettant de plus de se rendre compte de l'existence ou de l'absence d'une ampoule rectale.

Chez l'enfant, à la vulve, il suffit d'écarter les lèvres pour découvrir un orifice de communication, facile à explorer à la sonde ou au stylet.

Le diagnostic différentiel avec des lésions diverses, avec les fistules par exemple ne présente ni intérêt, ni difficulté.

OBSERVATIONS DIVERSES

Les observations d'anūs vulvaires publiées ne sont pas très nombreuses. Seul Puech (1) en a réuni un assez grand nombre en France et à l'étranger. Comme l'indique de plus le titre de sa thèse, elles ne se bornent pas aux seuls anus vulvaires.

PUECH (*Observation XVI*).

La malade est une enfant de deux mois environ. Son rectum se termine par une ampoule d'où part un canal étroit qui vient s'ouvrir à la vulve au-devant de l'hymen. Pendant deux mois on ne s'est pas aperçu de cette disposition anormale parce que les matières étant liquides, elles sortaient facilement. Lorsqu'elles prirent plus de consistance, elles ne purent être rendues, d'où des troubles graves qui attirèrent l'attention et décidèrent à intervenir. Une sonde cannelée introduite par l'ouverture que l'on trouvait à la vulve, arrivait dans l'ampoule rectale où on la sentait à travers la peau,

1. Puech. *Abouchements congénitaux à la vulve et au vagin*. Thèse, Montpellier 1896.

RAUTZOÏU (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, XI, pages 28-30).

Tinea R..., six mois, entrée le 9 août 1892 à l'hôpital des enfants, professeur Romniciano.

Pas d'antécédents héréditaires.

Le lendemain de la naissance, la mère observe l'écoulement de méconium par la vulve. Jusqu'à 5 mois les matières se sont écoulées assez facilement, puis paraissent des symptômes d'occlusion. Les tissus de la région périnéale ne présentent aucun indice d'enfoncement. La distance entre les ischions est normale.

Immédiatement en avant du bord de l'hymen, on trouve un orifice permettant le passage d'un stylet. Le stylet pénètre à 2 cm. 1/2 et arrive dans la cavité rectale dilatée.

Opération le 10 août. Le 15 août le nouvel anus permet l'introduction du petit doigt. L'ancien trajet est presque fermé.

CAUSSADE (*Thèse de Puech*).

Fillette de 2 mois. Il n'y a pas de trace d'anus. A la naissance, la malformation a passé inaperçue.

L'anomalie est restée méconnue pendant deux mois et l'attention attirée sur la malade par des phénomènes d'occlusion intestinale. A l'examen, on trouve à la partie postérieure de la vulve un orifice capillaire que l'on reconnaît facilement comme point d'ouverture du rectum.

T. DWIGHT (*American Journal of medical Sciences*,
1895, p. 433-436).

Jeune femme de 32 ans, vierge.

Il n'y a pas d'anus, mais le rectum s'ouvre à la vulve, juste au-dessus de la commissure postérieure par un orifice facile à explorer, admettant le doigt. La vulve est normale.

A la place où devrait être l'anus, on ne voit ni dépression, ni coloration brune.

PUECH (*Observation II*).

Enfant née à 8 mois d'une femme mariée qui n'a eu jusque-là que des fausses couches. La lésion anale fut constatée après la naissance par la sage-femme qui cherchait à lui administrer un lavement. L'ouverture anormale siégeait à la commissure postérieure de la vulve, immédiatement en avant de l'insertion de l'hymen. Elle admettait la canule d'une seringue d'enfant. La défécation se faisait d'un seul trait par cet orifice.

En présence de cet écoulement facile, la création d'un anus est différée, mais la mère ayant mis son enfant au régime détestable des soupes, il en résulte une indigestion qui enlève l'enfant à l'âge de 5 semaines.

BERRUT.

Fillette de 4 jours avec absence complète d'anus au périnée. Le rectum se termine par une ouverture fistuleuse

étroite à la partie inférieure de la vulve en avant de l'hymen. Issue par cette ouverture du méconium. Les selles sont possibles, bien qu'elles exigent beaucoup d'efforts.

L'opération fut pratiquée. Au bout de quatre mois il y a tendance au rétrécissement du nouvel anus. On fait de la dilatation.

Aujourd'hui, l'enfant a 2 ans et est en parfaite santé.

RÉGNAT (*Contribution à l'étude de la transplantation de l'anüs au périnée*. — Thèse de Paris 1904).

Suzanne H..., âgée de 18 mois.

C'est la sage-femme qui en voulant donner un lavement a remarqué qu'il n'y avait pas d'anüs. En examinant de plus près, elle le trouve situé immédiatement au-dessous de l'orifice vaginal.

La fillette se développe bien, grandit. Ses évacuations sont assez régulières.

Au moment du sevrage apparaît une constipation difficile à vaincre. L'enfant fait des efforts, son visage se contracte. L'opération est pratiquée par MM. Marion et Fredet le 10 novembre 1903.

Le procédé employé est un peu perfectionné, longuement décrit par l'auteur. Nous y reviendrons au sujet du traitement.

L'enfant est revue en mars 1904. L'anüs est parfait. Il existe une petite fistulette sous la paroi vaginale : elle donne quelques gouttes de pus. Le fonctionnement du rectum est très bon.

PUECH (*Observation XVIII*).

Fillette de 7 mois. A la place de l'anus normal existe une légère dépression de la peau. Le rectum s'ouvre à la fourchette par un orifice étroit et très peu dilatable, n'admettant que difficilement une sonde de femme. Efforts de défécation constants et douloureux, mais cet état de souffrance est récent et résulte de ce que l'alimentation ayant été changée, le bol fécal est devenu plus solide.

P. PETIT (*Traitement de l'anus vulvaire. Revue d'Obstétrique*, 1897, t. XIII, p. 125-136).

Petite fille de 10 ans, d'intelligence précoce. A l'examen du bassin, on constate l'absence complète de coccyx. L'emplacement normal de l'anus est indiqué par une teinte plus foncée. Un peu au-dessous de la fourchette s'ouvre un orifice ovalaire à grand axe vertical. L'auriculaire qu'on peut y introduire pénètre dans une ampoule bourrée de matières dures.

On fait la transplantation de l'anus au périnée par la méthode de Rizzoli un peu modifiée.

Six semaines après, la fillette est revue. L'anus néoformé revêt l'aspect d'un anus normal. L'état général est très bon.

GALTIER (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1903, t. XXII, p. 465).

Enfant de 3 mois. Jusqu'au moment où il est amené pour des troubles vagues, il a rendu son méconium, puis ses matières d'une façon normale, disent les parents qui ne se sont aperçu de rien.

En examinant attentivement l'enfant, on aperçoit au niveau de l'anus une membrane souple au-dessus de laquelle on devine l'ampoule rectale. A la partie postérieure de la vulve, entre la fourchette et le vagin, on découvre un orifice qui regarde un peu en avant. En pressant, les matières sortent par cet orifice.

L'opération ayant été pratiquée, le résultat fut parfait. Au nouvel orifice anal, on peut constater la présence d'un sphincter.

M^{lle} GOURIANE (Thèse de Lausanne, 1901). — *Malformations congénitales de l'anus*.

B... B., 19 ans, célibataire, originaire du canton de Berne. Entrée à l'hôpital de Lausanne, le 20 juin 1899.

La malade dit avoir toujours évacué ses matières fécales par la vulve, et même c'est une anomalie dont elle ne s'est aperçue que tout dernièrement, les selles étant régulières, son état général bon.

A l'inspection, on ne trouve pas d'anus. Celui-ci est remplacé par un orifice ou plus exactement une fente, admettant

le doigt, située à la partie postérieure de la vulve, en avant de l'hymen. Cet orifice est entouré de replis très analogues à ceux qui entourent l'anus normal.

Opération le 12 juillet 1899. Elle quitte l'hôpital le 8 septembre complètement guérie. On sent à l'examen une cloison recto-vaginale épaisse. Il existe un sphincter anal qui se contracte bien et pince le doigt.

Enfin au Congrès de chirurgie de 1901, la communication suivante a été faite par *M. Paul Delbet* :

J'ai opéré une femme de 30 ans chez laquelle existait un abouchement anormal du rectum au niveau de la commissure vulvaire postérieure. La malade avait subi à l'âge de 6 mois, pour des accidents d'obstruction chronique, une intervention dans laquelle on avait établi un anus périnéal. Vers sa vingt-cinquième année, cette femme commença à ressentir de graves inconvénients qui résulteraient du mauvais fonctionnement de son anus périnéal. Elle présentait de l'incontinence des matières fécales et un prolapsus rectal qui allait en s'accroissant. Après avoir fermé l'anus périnéal, j'ai pratiqué une transplantation de l'orifice anal, lequel fonctionne bien maintenant et est en grande partie continent, grâce à la contraction et à la tonicité du releveur, dont les fibres pelvi-rectales sont conservées.

A ces diverses observations résumées, nous sommes heureux de pouvoir ajouter maintenant deux autres observations inédites. Ce sont celles de deux malades suivies dans le service de M. le Dr Broca,

revues à différentes reprises, et dues à l'obligeance de son distingué assistant M. le Dr Albert Mouchet, ancien chef de clinique de la Faculté.

Ces deux malades ont été opérées.

Viennent ensuite deux autres observations, recueillies dans le même service; mais pour l'une des malades, le moment de l'intervention est reculé. Quant à l'autre, elle est décédée à l'âge de deux mois.

OBSERVATION I (Inédite).

Alice F..., 6 mois $1/2$, entre le 20 août 1901 à l'hôpital Tenon.

Diagnostic. — Abouchement du rectum à la vulve.

L'enfant est née à terme. L'accouchement s'est fait par le sommet. C'était un premier enfant. La grossesse avait été normale. Elle pesait à peine à sa naissance 5 livres $1/2$. Actuellement à l'âge de 6 mois $1/2$ elle ne pèse encore que 8 livres.

Elle souffre un peu des dents.

Elle n'a pas de diarrhée.

A la naissance le méconium s'est vidé par l'anus vulvaire.

Le lendemain de sa naissance, on s'est aperçu de la malformation et on a de suite conduit l'enfant à l'hôpital Saint-Antoine où on a fait une incision à la place supposée de l'anus. Ayant regardé de plus près, on a refermé de suite et actuellement il reste la cicatrice de ce commencement d'intervention. C'est une cicatrice qui siège à la place de l'anus normal et forme une sorte de raphé long environ de 6 centimètres.

A l'examen actuel de l'enfant on trouve à la vulve, juste derrière la fourchette, un orifice. Cet orifice est excavé en entonnoir, il a des plis radiés et presque la forme d'un anus normal. Une sonde cannelée introduite par cet orifice pénètre aisément. L'enfant éprouve quelques difficultés pour aller à la selle.

L'enfant est âgée, comme nous l'avons dit, de 6 mois 1/2. Elle est extrêmement chétive. Néanmoins son état général est satisfaisant. En raison cependant de la minuscule constitution de la fillette, l'opération est remise à plus tard.

Un mois après, c'est-à-dire vers le 14 septembre, la dilatation journalière est conseillée avec une pince dont on écarte les mors. La mère, un peu par crainte d'intervenir elle-même, ne le fait pas. Elle est alors pratiquée à l'hôpital par M. le Dr A Mouchet et amène une amélioration manifeste de l'enfant.

Le 15 octobre, la dilatation est de nouveau pratiquée, l'enfant ayant présenté quelques difficultés pour aller à la selle.

Le 16 novembre 1901, l'enfant que quelques jours auparavant ses parents avaient montrée à M. Kirmisson est opérée par lui à l'hôpital Trousseau. L'opération aurait été suivie de succès.

Ce n'est que le 4 avril 1902 que la fillette est revue dans le service de M. Broca par M. le Dr A. Mouchet.

A cette date, on constate que l'anus fait à Trousseau n'est pas rétréci. Au dire de la mère, il fonctionne bien. Il ne se trouve à signaler qu'un peu de muqueuse éversée au niveau de la commissure postérieure.

L'anus vulvaire, sur lequel d'ailleurs l'intervention n'a nullement porté, reste constitué comme auparavant et s'ex-

plore facilement avec un stylet. Il ne sort par lui qu'une petite quantité de matières, quand l'enfant crie ou est longtemps sans aller à la selle.

La fillette n'est pas complètement sevrée.

Le sevrage immédiat est alors recommandé (bouillies, poissons, cervelles). L'enfant est toujours délicate, mais le facies est bon. La digestion est facile et se fait sans diarrhée. La santé générale est certainement relevée.

En juin 1902, l'enfant est ramenée à M. le Dr Mouchet, parce qu'il y a du côté de l'anus néoformé une tendance au rétrécissement. Deux fois par semaine on fait alors de la dilatation avec des bougies d'Hégar. Les résultats sont très satisfaisants. Après deux ou trois mois, cette dilatation est cessée.

La malade n'est plus revue par M. le Dr Mouchet que le 25 décembre 1904. Son état est parfait. Elle se porte très bien, elle est fraîche, rose, mais toujours grêle et paraît plutôt avoir 2 ans que 4 ans.

L'anus périnéal est bon. Il a conservé son léger prolapsus de la muqueuse anale à gauche et en arrière. Il n'est nullement rétréci et admet très facilement le petit doigt. Les matières sortent, moulées en un boudin suffisamment gros. Il n'y a qu'une légère tendance à la constipation.

Le sphincter anal est bon. Il n'y a pas du tout d'incontinence.

On voit encore l'orifice anormal, siégeant en avant de l'hymen : c'est une petite dépression. Le stylet qu'on y introduit, ne pénètre pas dans la lumière du rectum et depuis deux ou trois mois il ne sort plus rien du tout par la vulve.

Cette enfant dont l'état est maintenant parfait avait été opérée entre 6 mois 1/2 et 7 mois.

OBSERVATION II (Inédite).

Marthe D..., 5 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau.

Diagnostic. — Anus vulvaire.

L'enfant est née à terme.

Elle a été nourrie par sa mère jusqu'à 22 mois.

Elle a marché et parlé à 3 ans.

A 6 mois, alors qu'on ne s'était douté de rien, elle est prise subitement de coliques et de phénomènes d'occlusion intestinale. Elle est opérée d'urgence par M. le Dr Broca, qui pratique un large débridement dans le périnée et agrandit ainsi l'orifice anormal.

Depuis cette époque, l'enfant est constamment sujette à des coliques, à des vomissements, troubles tenant à la rétention de ses matières. Il faut la dilater deux fois par semaine et la mère elle-même dilate le trajet plusieurs fois par jour avec le manche d'une cuillère à café.

A l'examen, on constate que l'hymen a disparu, ayant été fendu lors de l'intervention pratiquée par M. le Dr Broca.

En arrière de la fourchette, à 1 centimètre, à l'angle de la paroi latérale et non sur la ligne médiane, on voit vers la paroi inférieure une saillie plissée, surélevée. Le stylet pénètre là dans un orifice que les matières traversent. Il est du calibre d'un crayon ordinaire. De plus, il est légèrement frangé et il existe entre la fourchette et lui une sorte de rigole que parcourent les matières fécales.

La continence n'existe pas.

Le bassin paraît bien développé, quoique l'écartement des

ischions soit peu considérable. Le périnée semble un peu enfoncé, le coccyx est difficile à sentir.

Le 16 octobre 1901, M. le Dr Broca pratique la transplantation de l'anus au périnée.

Voici le schéma opératoire :

Premier temps. — L'anus anormal est repéré avec quatre pinces de Kocher placées en croix.

Deuxième temps. — Le périnée est fendu depuis la fourchette jusqu'au voisinage du coccyx que l'on sent à peine. Au voisinage de la fourchette, le bistouri a pénétré plus profondément.

Troisième temps. — Incision circulaire du cône anal attiré avec des pinces à 6 millimètres de l'orifice, de façon à laisser une collerette de muqueuse éversée en dehors de l'orifice.

Quatrième temps. — Dissection jusqu'à 5 ou 6 centimètres de hauteur de façon à bien libérer l'extrémité inférieure du cône anal. Le rectum est abaissé alors vers la partie postérieure de l'incision périnéale.

Cinquième temps. — Suture à la soie de l'orifice anal à la plaie périnéale.

Sixième temps. — Sutures profondes. Sutures périnéales et vaginales à la façon d'une périnéorrhaphie.

On laisse une sonde vésicale.

La constipation est provoquée avec 0 gr. 04 d'extrait thébaïque par jour.

Le 26 octobre 1901, c'est-à-dire dix jours après l'opération, la malade est revue. Il y a des fils périnéaux qui ont lâché. Il reste un pont périnéal. Une fistule persiste au siège primitif de l'anus. Les matières sortent bien par l'anus néoformé, mais un peu aussi par cette fistule.

Nous avons essayé de revoir l'enfant. Ses parents ont changé deux fois de logement depuis l'intervention. Partis de leur dernière demeure, ils n'ont pas laissé leur adresse actuelle.

Nous avons questionné leurs voisins. Certains qui ont bien connu cette famille il y a un an nous ont dit que surtout l'état général de l'enfant n'était pas très satisfaisant. Ils sont peu au courant de la question spéciale qui nous intéresse. D'après eux, néanmoins, il semblerait que l'anus créé par l'intervention fonctionnerait normalement, mais que le trajet fistuleux persisterait avec de temps en temps issue d'un peu de matières par ce trajet.

A ces deux observations où l'histoire de la malade est complète, où l'intervention a suivi, nous pouvons encore ajouter les deux suivantes. Dans un des deux cas, il y a eu décès accidentel au cours de l'attente opératoire, l'autre cas est probablement à quelques mois de l'intervention.

OBSERVATION III (inédite)

M... Ol..., 10 mois. Présentée il y a six ou sept mois à la consultation de M. le Dr Broca, revue par intervalles.

L'enfant est venue à terme.

L'accouchement a été normal : c'était une présentation du sommet.

On recherche dans les antécédents héréditaires. On ne trouve rien à signaler du côté des parents, ni même des grands-parents.

La mère a déjà un garçon de 7 ans, bien portant, ne présentant rien d'anormal.

L'enfant a été nourrie au biberon.

A la suite de son accouchement, la mère a eu une pleurésie. Elle a été revue quelques semaines après la guérison de cette pleurésie : l'état général semble assez bon. Revue actuellement, c'est-à-dire après cinq mois, elle est bien portante, ne maigrit pas et, si elle est retenue à son domicile quand nous la voyons, ce n'est que par une simple angine.

L'enfant a eu ses premières dents à 5 mois.

Elle a un anus vulvaire, s'ouvant près de la fourchette comme ceux que nous avons décrits. On ne s'est aperçu de cette difformité que quelques jours après la naissance, alors qu'on était en présence d'importants efforts pour aller à la selle.

Quand les matières sont liquides, elles passent facilement, mais cessent de couler dès qu'elles changent de consistance.

Nous avons voulu, à l'occasion de cette observation, revoir l'enfant ; elle est partie à la campagne d'où sa mère veut la faire revenir le plus tôt possible afin qu'elle soit opérée.

Elle donne en effet, ayant aujourd'hui 19 mois, beaucoup de peine aux siens qui la surveillent très attentivement. Tous les deux jours, il faut lui donner deux cuillerées d'huile de ricin pour obtenir des selles. Dans l'intervalle de ce traitement, elle ne rend rien. Elle ne présente pas, ainsi traitée, de symptômes inquiétants, s'élève bien, grandit, ne vomit pas.

Comme nous l'avons dit, dès son retour de la campagne, elle va être soumise à une intervention dans le service de M. le Dr Broca.

10 janvier 1906. — L'enfant est amenée de nouveau, revenue de la campagne, à l'hôpital des Enfants-Malades.

C'est une enfant de 19 mois, ayant actuellement 12 dents.

On ne lui donne qu'une alimentation légère : potages, lait, œufs.

Elle nécessite toujours les soins que nous venons de signaler : elle est obligée de pousser pour aller à la selle, même après la purgation.

A l'examen local, nous trouvons l'orifice anormal du rectum nettement en avant de l'hymen. Cet orifice admet facilement l'extrémité d'une pince hémostatique. Un raphé un peu épais s'étend de la fourchette à ce qui devrait être l'orifice anal naturel.

L'examen du bassin osseux ne dénote rien d'anormal, les ischions ne sont pas spécialement rapprochés.

En raison de l'état encore un peu faible de l'enfant, on décide de retarder l'intervention, tout en laissant la malade sous une étroite surveillance.

OBSERVATION IV (inédite)

Renée D..., 16 jours, présentée à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades où l'observation suivante a été recueillie.

La mère a déjà eu deux jumeaux. De ces deux enfants, l'un, du sexe féminin, est mort à 3 mois. Le garçon a actuellement 2 ans et va bien.

L'enfant présentée actuellement a 16 jours.

Elle est née à terme : l'accouchement a eu lieu par le sommet.

Elle présente un abouchement vulvaire du rectum. Il n'y a pas du tout d'anus. Elle n'a rien autre chose d'anormal.

Elle est élevée au sein maternel.

Il faut ajouter que probablement entre ses deux grossesses, la mère a contracté la syphilis et l'enfant est soignée dans le service pour cette hérédosyphilis.

Elle a présenté pendant quelques jours un peu plus de peine pour aller à la selle. Un traitement a été conseillé.

La mère, que l'on avait priée de faire surveiller son enfant à la consultation, a cessé de l'amener et tenant à la revoir, nous nous sommes rendu à son domicile, où c'est le décès que nous avons appris.

Ce décès, survenu quand l'enfant avait 2 mois ne semble pas devoir être imputé à l'attente du moment opportun pour l'intervention. L'enfant qui était une hérédosyphilitique aurait succombé à une bronchite ou à quelque complication pulmonaire. Elle fut visitée par un médecin qui, prévenu de sa malformation, ne jugea à aucun moment utile de la faire transporter à l'hôpital pour intervenir de quelque façon que ce fût.

LA THÉRAPEUTIQUE DES ANUS VULVAIRES

La thérapeutique de ces abouchements anormaux est de date récente. Jusqu'au siècle dernier, on ne touchait pas à ces malades.

C'est Valle (1) qui paraît avoir été le premier à oser créer de toutes pièces un anus nouveau à son siège habituel.

Depuis ce moment, les interventions se sont multipliées et ont donné de bons résultats. Mais ce que craignaient les anciens chirurgiens, c'était de ne pas rencontrer le sphincter externe, de blesser le muscle et de causer l'expulsion involontaire des matières. Boyer en affirmait même l'incurabilité et disait dans son *Traité des maladies chirurgicales* :

« On ne doit pas même chercher à y remédier. En pratiquant une incision à l'endroit où l'anus devrait exister, on n'est pas sûr que l'intestin descende assez bas pour qu'on puisse l'atteindre. D'ailleurs, en supposant que l'on pût arriver jusqu'à lui et y faire une incision assez grande pour donner issue aux matières fécales, comme cette ouverture serait dépourvue de sphincter et que probablement la voie ouverte à la vulve ne se fermerait pas, la malade

1. Valle (*Opere di Obstetrica*. Florence, 1792).

rendrait ses matières par ces deux ouvertures, ce qui doublerait l'incommodité au lieu de la détruire. »

Tout au plus conseillait-on alors la dilatation d'un orifice insuffisant.

Puech s'élève contre ces principes. Faisant remarquer que l'intervention opératoire compte de nombreux succès, il la trouve de plus suffisamment justifiée par les inconvénients et les dangers qu'entraîne cette disposition anormale du rectum.

Tous les chirurgiens, aujourd'hui, sont d'accord à reconnaître la nécessité d'une intervention qui sera, avec l'aide des précautions habituelles : la *transplantation de l'anus au périnée*.

A QUEL AGE CONVIENT-IL D'OPÉRER L'ANUS VULVAIRE ?

Les articles parus sur ce sujet sont assez nombreux et ont soulevé de longues discussions.

Nous écarterons tout d'abord une certaine catégories de faits où la question du moment où il faut intervenir ne se pose même pas. Ce sont les cas, où l'orifice anormal, trop étroit, s'oppose au libre passage des matières et où, de ce fait, l'enfant se trouve en proie à tous les accidents de l'occlusion intestinale. On est dans les mêmes conditions qu'avec une atresie complète. Ici, point de retard possible : c'est une opération d'urgence qu'il faut faire tout comme lorsqu'il y a imperforation de l'anus et du rectum et que la viabilité est en cause.

Certains chirurgiens ont préconisé *l'intervention tout à fait précoce*, dès les premiers jours de l'existence. Ce sont : Guersant, Nélaton, Maisonneuve. D'après eux, à part quelques hémorragies signalées, l'opération serait fort bien supportée. Cette intervention éviterait tout à fait les accidents d'urgence qui peuvent arriver à un moment quelconque de l'attente, troublent et effraient les parents, en même temps qu'ils laissent l'enfant sous la possibilité d'accidents graves et d'une intervention plus dangereuse.

Nagel, d'autre part, convaincu que les enfants supportent mieux une opération peu de temps après la naissance que plus tard, adopte aussi l'intervention tout à fait précoce.

Curling déclare qu'il est plus sûr de ne pas attendre plus d'un mois à cause de la consistance que prennent les matières et de la rétention qui en est la cause.

D'ailleurs bon nombre d'observations témoignent de la façon parfaite dont les enfants supportent des opérations peu après leur naissance. De plus, il est possible que la fistule et son fonctionnement soient bien surveillés. Le médecin lui-même peut observer l'enfant de très près et recommander aux parents de le prévenir à la moindre alerte. Mais ne faut-il pas faire la part de l'incurie, du manque de surveillance qui font que si souvent le chirurgien ne sera appelé qu'à la dernière extrémité ?

Viennent maintenant les partisans *de l'opération tout à fait tardive*.

Certains ont prétendu que vers l'âge de dix ans, la malade serait moins exposée aux dangers et qu'à cette époque les résultats opératoires se montreraient plus favorables. Nous verrons tout à l'heure que ces conclusions ne sont pas certaines et qu'à cet âge, on s'expose à rencontrer des troubles de la défécation dus à une mauvaise hygiène, à une mauvaise nutrition.

On a de plus à ce moment une distension et une atonie fâcheuse des fibres musculaires de l'intestin.

Le Dr P. Petit rapporte l'histoire d'une petite opérée que son médecin laissa arriver jusqu'à l'âge de dix ans avec son vice de conformation, parce qu'il avait estimé, très justement d'ailleurs, dit M. Petit, qu'il valait mieux attendre l'approche de la puberté pour soumettre sa petite cliente à une intervention chirurgicale.

Melchiori opéra une femme de trente-six ans qui depuis dix ans souffrait de troubles digestifs constitués par une diarrhée qui dura une fois cinq mois. C'est à la diarrhée qu'elle succomba un mois après l'opération.

Lane rapporte le cas d'une enfant de quatre ans et demi qui fut opérée à la dernière extrémité et mourut trois jours après l'intervention. A l'autopsie, on constata une distension considérable de l'intestin produite par l'insuffisance de l'ouverture recto-vulvaire et ayant déterminé la perte de tonicité des tuniques intestinales au point que lorsque la voie

fut ouverte à son contenu, l'intestin n'eut plus la force de se vider, ni le pouvoir de reprendre ses dimensions normales et que les phénomènes persistent.

C'est qu'en effet, dans ces cas, la défécation exige toujours de l'intestin un effort plus grand que normalement. Or, plus on avance, plus les selles sont rares, éloignées, et le rectum est rarement vide de matières fécales. De là des troubles digestifs qui compromettent la santé du sujet, de là aussi des distensions qui produisent à la longue l'atonie des fibres musculaires de l'intestin, amollissent leur contractibilité et privent le chirurgien d'un auxiliaire précieux quand c'est tardivement qu'il s'est décidé à opérer.

Cependant nous pouvons encore entendre dire par A. Martin, qu'opérer l'enfant avant l'âge de deux ou trois ans c'est lui faire courir de gros risques, l'expérience ayant démontré la gravité étonnante de cette intervention qui paraît cependant si simple.

Que penser de ces grands risques courus par les petits opérés ? Avant de conclure, voyons ce qu'on peut tirer des chiffres donnés par Puech dans sa thèse de doctorat.

Il a réuni 145 observations d'anys vulvaires ou vaginaux.

Dans 72 cas, on n'est pas intervenu.

Il en reste 79 qui portent mention de l'âge du sujet et vont nous permettre d'apprécier la gravité de l'intervention chirurgicale suivant l'âge où elle aura été pratiquée.

On peut y faire deux groupes :

1° 58 enfants ont été opérés au cours de la première année ;

2° 21 enfants ont été opérés après l'âge de un an.

Dans les opérées du premier groupe, il y a trois cas de mort survenus après l'intervention. Deux cas sont dus à la persistance des accidents de rétention par suite d'opération insuffisante. Chez la troisième fille qui succomba sept jours après l'opération pratiquée par Ainsworth le lendemain de la naissance, l'autopsie fit reconnaître des anomalies profondes et graves du côté des organes de la circulation, absolument incompatibles avec la vie.

Prenons maintenant les vingt et une opérées du second groupe : Deux (cas de Massari et de Lane) succombent dans les premiers jours qui suivent l'opération. La première avait subi avec succès à un mois et demi une opération incomplète : elle succomba à des accidents de septicémie. La seconde mourut le troisième jour après l'opération, faite à la dernière extrémité. Deux autres enfin meurent un mois et cinq mois après l'opération de troubles gastro-intestinaux.

Dès maintenant, on peut donc écarter cette grande gravité de l'intervention. Les résultats opératoires sont nombreux et satisfaisants et les succès obtenus à la suite d'une opération faite au cours de la première année sont loin d'être inférieurs à ceux fournis par les opérations pratiquées après cette époque.

L'intervention tardive doit donc être repoussée. L'oblitération de la fistule vulvaire ne s'obtient pas déjà très facilement : elle sera encore plus pénible si on attend et si on la laisse se dilater par le passage continuel de selles de plus en plus consistantes.

Joignons à cela les troubles signalés de la défécation, cette atonie des fibres musculaires qui va en augmentant et nous préférons encore l'intervention hâtive aux premiers jours de la naissance.

Nous croyons néanmoins que cette première période est un peu délicate. L'enfant est encore à peine séparé des liens qui le rattachaient à sa mère. C'est à peine s'il commence à vivre de la vie extra-utérine et avec Puech, avec Bouisson (thèse de concours pour le professorat) nous croyons utile d'attendre un peu afin que la constitution de l'enfant se raffermisse et qu'un certain développement des organes permette d'opérer plus à l'aise et sur des parties plus facilement accessibles.

D'autre part, jusqu'au moment du sevrage, les matières seront de faible consistance et d'un écoulement facile. Donc, pas à redouter de distension, d'atonie ni d'agrandissement du trajet fistuleux.

L'époque préférable semble donc être celle où fut opérée la petite malade dont nous avons rapporté l'histoire détaillée dans notre première observation inédite :

Il faut opérer entre l'âge de six et sept mois, un peu avant le sevrage. C'est l'âge de choix pour le chirurgien quand il sera maître de son moment et

qu'il ne sera pas forcé d'obéir à quelque pressante indication pendant la période étendue de la naissance au sevrage. On a alors affaire à un trajet de calibre peu considérable et on ne craint pas de tomber sur un intestin comme celui dont nous avons parlé, qui trop distendu, refusera de se vider.

OPÉRATION. — SUITES OPÉRATOIRES

Le moment propice pour l'intervention étant décidé (six mois à un an, avant le sevrage), il s'agit de chercher le meilleur procédé opératoire.

En réalité il y a un grand nombre de procédés opératoires et des modifications nombreuses peuvent être apportées par le chirurgien lui-même au cours de l'opération.

Deux effets sont à réaliser : créer un anus périnéal. Remédier à la fistule.

Procédé de Nélaton. — Il ne comprend qu'un temps. Le périnée est incisé crucialement.

On isole le rectum jusqu'au vagin avec un instrument mousse et on le coupe circulairement au ras du vagin.

L'extrémité inférieure est alors déplacée et fixée par des points de suture à la plaie périnéale. De cette façon l'intestin conserve toute sa longueur et de la fistule recto-vaginale ou vulvaire il ne reste que l'orifice qui ne communique plus avec le rectum.

Procédé de Rizzoli. — Incision cutanée médiane, de la fourchette au coccyx, n'intéressant que la peau.

On sépare les fibres musculaires sous-jacentes jusqu'à mise à nu de l'intestin. Introduisant alors

le doigt dans le rectum par l'anus vulvaire on s'en sert comme d'un conducteur pour disséquer l'orifice vulvaire en ménageant les fibres musculaires qui s'y trouvent.

On détache ensuite avec des ciseaux mousses le rectum de ses adhérences en respectant les tuniques de l'intestin.

La partie inférieure du rectum se porte d'elle-même vers le coccyx et l'angle postérieur de la plaie périnéale. Elle y est fixée par trois points de suture en arrière et sur les côtes.

On affronte ensuite les lèvres de l'incision et on les maintient en contact en avant du rectum par trois points de suture.

Modifications de Marion. — D'importants perfectionnements opératoires ont été apportés à ces procédés et bien mis en valeur par M. le docteur Marion dans la thèse de son élève Régnat (1).

L'anesthésie est obtenue par le chloroforme donné jusqu'à résolution musculaire.

Toute la région génitale, abdominale et périnéale est brossée à l'eau chaude et au savon, sans oublier la face interne des cuisses.

La toilette est terminée comme dans toute opération à l'alcool et à l'éther. Loin d'introduire le doigt dans l'anus vulvaire, M. Marion ferme préalablement l'abouchement anormal, évitant ainsi l'infection des doigts et du champ opératoire.

1. Régnat. Thèse de Paris, 1904.

Il incise selon le procédé de Rizzoli, dissèque, mais insiste sur la dissection de la partie fibreuse de l'orifice anormal. Il y a même lieu de réséquer cet anneau fibreux qui peut, lorsqu'il existe, donner lieu à de la rétention des matières après la nouvelle opération.

Il termine selon le même procédé en insistant beaucoup sur le soin apporté aux sutures.

Quelques précautions en effet sont bonnes à prendre. La situation du champ opératoire, menacé par le contact des matières fécales, oblige à redoubler de précautions. La péritonite peut menacer le chirurgien si son bistouri septique, mal dirigé, vient à perforer la séreuse abdominale ; mais la disposition du péritoine est telle dans ces abouchements que la péritonite ainsi causée n'a jamais été observée.

Des hémorragies sont venues obscurcir le champ opératoire. Elles n'ont jamais eu de caractère inquiétant et ont pu être arrêtées.

Le thrombus des parois rectales, l'abcès méconial n'ont été mentionnés nulle part.

Le prolapsus de la muqueuse rectale constitue une complication peu redoutable. Il faut un temps variable pour sa disparition suivant son degré.

L'incontinence des matières fécales est normale dans les premières heures et même les premiers jours. Elle peut persister, quoique légère, six semaines après l'opération ; mais on voit les fibres mus-

culaires d'abord très faibles prendre une force de plus en plus suffisante et devenir le siège de contractions qui vont permettre un fonctionnement régulier de la défécation.

On peut donc dire que la transplantation de l'anus au périnée, ainsi pratiquée, est une *opération simple, bénigne, rationnelle*.

Elle est *simple* :

En effet, elle ne nécessite aucune attention minutieuse et ne présente pas de réelles difficultés d'exécution.

Elle est *bénigne* :

En dehors en effet des cas où elle a été employée trop tardivement, elle n'a jamais causé la mort.

Elle est *rationnelle*.

Elle peut en effet être suivie d'une restitution anatomique et fonctionnelle des organes de cette région aussi voisine que possible de la normale.

Comme nous l'avons vu, les résultats de cette intervention sont satisfaisants et encourageants.

A cet égard faut-il encore distinguer les résultats immédiats et les résultats éloignés. Les premiers sont toujours meilleurs que les seconds.

A la suite de l'opération, en effet, les choses sont parfaitement remises en place. L'anus occupe sa situation normale. Par la vulve, il ne sort plus de matières. On ne voit plus de ces évacuations intermittentes et insuffisantes qui aboutissaient à de vraies crises d'occlusion.

Au point de vue esthétique et fonctionnel, voilà donc des résultats immédiats qui sont bons. Ils sont, même en dehors de légères complications, toujours excellents.

Mais il faut un peu songer aux résultats éloignés. Seront-ils toujours aussi bons au point de vue fonctionnel ? Ne surviendra-t-il pas dans l'anus nouvellement créé des modifications lentes et progressives ?

Assez fréquemment en effet surviennent de ces modifications quelle que soit la perfection du résultat opératoire.

L'orifice anal peut en effet se rétrécir progressivement, comparable en cela à une cicatrice. C'est ce que nous trouvons signalé dans notre observation I. L'enfant, opérée avec un beau succès, est ramenée pour être dilatée aux bougies d'Hégar pendant deux mois.

Ce resserrement progressif de l'orifice anal, comparable à une rétraction cicatricielle survient de préférence lorsque la réunion primitive a échoué. D'où cette indication de s'efforcer à obtenir une réunion par première intention, d'où aussi la nécessité de ces dilatations répétées, voire même de débridements au bistouri si l'on veut éviter la rétention stercorale.

D'autres fois on tombe dans l'inconvénient inverse et on peut être en présence d'un relâchement de l'orifice anal, qui ne retient d'abord plus les gaz, puis peu à peu laisse passer les matières liquides. Il est exceptionnel que l'incontinence existe pour les matières solides.

Malheureusement contre cette dernière complication on serait désarmé. Elle a pu tenir à l'échec de la réunion par première intention de la plaie opératoire. Elle semble plus souvent devoir être due à une insuffisance locale des sphincters ou du releveur anal.

Il faut encore penser à une fistulation possible du rectum au périnée ou à la vulve, fistule supplémentaire qui pourrait venir de ce que le rectum a été blessé au cours de sa libération ou qu'on a compris sa tunique dans un des fils de la ligature périnéale, ou enfin qu'il a été trop insuffisamment libéré.

Ces fistules pourraient guérir spontanément, comme guérissent les orifices vulvaires du rectum quand on se contente comme on le fait souvent d'un simple abouchement de ce dernier au périnée. C'est néanmoins un mode heureux de terminaison sur lequel il ne faut pas trop compter et il existe des cas où une, parfois deux opérations nouvelles ont dû venir remédier à l'insuffisance de la première.

CONCLUSIONS

1° L'ouverture congénitale de l'anus à la vulve est une forme assez fréquente d'abouchement anormal du rectum.

2° Dans ces cas, elle se fait le plus souvent en avant de l'hymen, au voisinage de la fourchette.

3° Cette malformation nécessite souvent des interventions d'urgence. Toute intervention sur l'anus vulvaire a donné des résultats encourageants.

4° Attendre longtemps pour intervenir, c'est laisser l'enfant sous la menace d'accidents subits ;

C'est laisser venir des troubles digestifs ;

C'est laisser se produire de l'atonie et de la distension des fibres musculaires ;

C'est laisser des matières solides augmenter le diamètre de la fistule.

D'autre part, on peut sans inconvénients attendre que l'enfant soit un peu développé.

Jusqu'au sevrage, les matières étant molles, elles passeront facilement.

Les résultats n'étant pas meilleurs dans l'intervention tardive, l'époque préférable pour opérer est de 6 à 8 mois.

5° On fera la transplantation de l'anus au périnée. C'est une opération : simple, bénigne, rationnelle.

6° Les résultats immédiats sont toujours très bons. Les résultats éloignés doivent compter avec quelques légères complications.

Vu : le Président de la thèse

A. LE DENTU

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie. P. Delbet.
t. VIII, p. 386.
- PUECH (P.). — Des abouchements congénitaux du rectum à la
vulve et au vagin. Thèse de Montpellier, 1890-1891.
- PUECH (P.). — Semaine gynécologique, 19 octobre 1897.
- GOURIANE (M^{lle}). — Malformations congénitales de l'anus.
Abouchements du rectum à la vulve et au vagin.
Thèse de Lausanne, 1901.
- DURAND (Marius). — Traitement des malformations ano-rectales.
Gazette des hôpitaux, 1^{er} décembre 1894.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales.
- PETIT (P.). — Semaine gynécologique, 23 mars 1897, p. 89.
- MARTIN (A.). — Semaine gynécologique, 10 août 1897, p. 254.
- REGNAT. — Thèse de Paris, 1904. Contribution à l'étude de la
transplantation de l'anus au périnée.
- RAUTZOIN. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1893,
XI, p. 28-30.
- DWIGHT (T.). — American Journal of medical Sciences, 1895,
p. 433-436.
- PETIT (P.). — Traitement de l'anus vulvaire. Revue d'Obsté-
trique, 1897, t. XIII, p. 125-136.
- GALTIER. — Journal de médecine de Bordeaux, 1903, t. XXII,
p. 465.
- VALLE. — Opere di Obstetrica, Florence, 1792.